

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Nicolas CARREGA

Né le 25 avril 1893 à Bonifacio (Corse)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ESSAI SUR LA CHIRURGIE

DES

TUMEURS PÉRIPHARYNGÉES

Travail du Service du Professeur Pierre SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

764

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nicolas CARREGA

Né le 25 avril 1893 à Bonifacio (Corse)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ESSAI SUR LA CHIRURGIE

DES

TUMEURS PÉRIPIARYNGÉES

Travail du Service du Professeur Pierre SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . } Pathologie médicale.
 FOIX . . . }
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.
 HOVELACQUE . . . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEVAILLÉ . . . Oto-rhino-laryngologie
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER. . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . }
 MONDOR. . . } Pathologie chirurgicale
 MOURE. . . }
 MULON. Histologie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHTER Fils . . . Physiologie.
 ROUVIERE . . . Anatomie.
 N... Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 TUFFEY Pharmacologie et matière médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.
 WELTER. Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT. . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 N... Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	N...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	N...	Clinique ophtalmologique
LEPER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection profonde
et de ma gratitude.*

A MES BEAUX-FRÈRES

Le Docteur MICHEL GUGLIELMI

Le Docteur CAMILLE DE ROCCA-SERRA

A MON NEVEU

Le Docteur CAMILLE FILIPPINI

A MON COUSIN

Le Docteur EGIDE LÉNA

A MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui, en acceptant la présidence de cette
thèse, nous a donné une nouvelle mar-
que de la sympathie bienveillante qu'il
n'a cessé de nous témoigner depuis que
nous avons la faveur et l'honneur d'être
son élève.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre reconnaissance émue et de notre
respectueuse affection pour son pré-
cieux enseignement et pour l'affabilité
toujours si simple de son accueil.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage bénévole

M. le Professeur EMILE SERGENT, Médecin de l'hôpital de la Charité, 1912-1913.

M. le Professeur RECLUS (*in memoriam*), Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, 1912-1913.

Externat

M. le Docteur LION, Médecin de la Pitié, 1913-1914.

M. le Docteur ROCHARD (*in memoriam*), Chirurgien de l'hôpital St-Louis, 1913-1914.

M. le Professeur BEZANÇON, Médecin de l'hôpital Boucicaut, 1919-1920.

M. le Professeur agrégé RATHERY, Médecin de l'hôpital Tenon, 1920-1921.

Internat provisoire et Internat

M. le Docteur RAVAUT, Médecin de l'hôpital Broca, 1921-1922.

M. le Professeur agrégé LE LORIER, Accoucheur à la Maternité de Port-Royal, 1922-1923.

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE, Chirurgien de la Pitié, 1923-1924.

M. le Professeur SEBILEAU, Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, 1924-1925.

M. le Docteur GRIVOT, Chef du Service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital St-Antoine, 1925-1926.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Docteur COURCOUX, le Professeur agrégé
DE JONG, Médecins des hôpitaux.

MM. les Docteurs BALDENWECK, ROUGET, RAMA-
DIER, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

Au Docteur TRUFFERT, ancien interne des hôpitaux de
Paris, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de
Paris, qui ne s'est pas lassé de nous aider depuis le
choix de notre thèse.

Il nous a prodigué les plus utiles conseils, tant au
cours de notre collaboration à l'hôpital Lariboisière,
que dans l'exécution de nos préparations anatomiques.
Nous le remercions de son précieux concours et lui
sommes reconnaissant d'avoir bien voulu fixer lui-
même nos préparations sur des schémas qui ont
permis la réalisation de nos planches.

A MM. les Docteurs DUFOURMENTEL, MIÉGEVILLE,
BONNET-ROY, H. P. CHATELLIER, WINTER et
CORNET, anciens Chefs de Clinique et Chefs de Cli-
nique à la Faculté.

Les Docteurs J. CHARRIER, ROLLAND, LEROUX,
CLÉRET.

A MES AMIS

En particulier aux Docteurs ANDRÉ COMET, ancien
interne des hôpitaux de Paris et Albert VALAT,
interne des hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION

Ce travail nous a été suggéré par deux cas de tumeur péri-pharyngée récemment opérés par notre maître, le Professeur Sebileau.

Ces tumeurs sont si rares qu'il est exceptionnel de rencontrer un chirurgien en ayant opéré plus de deux. Dans la littérature nous n'avons pas plus fréquemment trouvé d'auteurs rapportant plus de deux observations.

Malgré l'extraordinaire tendance actuelle à publier, la pénurie de renseignements opératoires sur ces tumeurs a causé grand préjudice au progrès de la technique.

La chirurgie des tumeurs péri-pharyngées ne saurait être comparée en beaucoup de points à celles des tumeurs du pharynx. Dans les premières, l'intégrité de la muqueuse mettant à l'abri de l'infection, de l'inondation des voies aériennes par le sang, commande des voies d'abord différentes de celles généralement adoptées pour les tumeurs du pharynx. La grande expérience acquise sur ces dernières ne peut servir qu'en partie au perfectionnement des plans d'attaque contre les néo-formations péri-pharyngées.

De ces circonstances il résulte que de nombreux chi-

rurgiens hésitent encore aujourd'hui à intervenir sur certaines T. P. en particulier lorsqu'elles sont très développées et très haut situées, vers la base du crâne.

C'est ainsi que les deux malades opérés dernièrement par M. Sebileau avaient déjà consulté plusieurs chirurgiens qui tous avaient déconseillé l'opération.

Nous avons donc pensé qu'il y aurait quelque intérêt à rapporter de nouvelles observations, notre maître ayant eu l'occasion d'extirper plusieurs de ces tumeurs, et à essayer de tirer des conclusions profitables sur la façon dont doivent être abordées ces néo-formations.

Après quelques généralités suivies d'un aperçu clinique rapide sur les tumeurs envisagées, nous mentionnerons les différents procédés opératoires préconisés et employés jusqu'à nos jours.

La comparaison des résultats obtenus nous permettra de juger ces interventions et de manifester nos préférences. Désireux de nous rendre compte sur le sujet des chemins les plus facilement praticables pour explorer tous les espaces péri-pharyngés les moins fréquentés par les chirurgiens, nous avons exécuté quelques préparations anatomiques. Nous relaterons succinctement ces dissections en signalant les plus importants détails.

Retenant alors les plus favorables techniques déjà suivies et nous appuyant sur des remarques dégagées de nos préparations, nous pourrons conclure par un plan général d'attaques dirigées contre les tumeurs péri-pharyngées.

Suivront enfin nos observations.

GÉNÉRALITÉS. — DÉFINITION

Busch, en 1857, a défini les tumeurs rétro-pharyngées.

Ce sont celles qui siègent derrière la muqueuse du pharynx, refoulant cette membrane devant elles au cours de leur développement. Cet auteur, et après lui ceux qui étudièrent la question (Wunsch, Knight, Ritter, Brünner, Hellendal) n'ont cependant pas réservé cette appellation aux tumeurs strictement enfermées dans l'espace rétro-viscéral de Hencke, limité latéralement par les lames sagittales du pharynx. Ils ont englobé sous ce nom toutes les tumeurs situées sur les côtés du pharynx, en particulier dans l'espace rétro-tonsillaire et c'est même là le siège le plus fréquent de ces formations. Fiori, (1) dans un article où nous avons largement puisé, a donc substitué au terme rétropharyngé celui de parapharyngé.

Ce sont toutes les tumeurs péri-pharyngées que nous envisagerons à notre tour, sans distinguer, comme Litthauer, celles qui siègent entre les constricteurs et la muqueuse pharyngée (tumeurs intramurales), de celles qui restent en dehors de la membrane la plus externe de la paroi du pharynx (tumeurs rétro-pharyngées vraies).

(1) *Pollicino-Roma* 1919. Sez, Chir.

APERÇU CLINIQUE

Les T. P. sont très rares.

La statistique d'Hellendal, en 1903, comprend 31 cas.

A ceux-ci Fiori, en 1909, a pu en ajouter 6, dont un antérieur au mémoire d'Hellendal.

Depuis, les cas publiés ont été peu nombreux.

Nous en connaissons 47 environ, au total.

Ces tumeurs semblent frapper surtout les hommes à l'âge moyen de la vie, mais leur début remonte souvent à l'adolescence, à la jeunesse.

Elles demeurent tout à fait latentes pendant des mois, des années et même lorsqu'elles ont acquis des proportions considérables, l'état général des malades ne s'en ressent en aucune façon, si l'on excepte les troubles qui sont la règle dans certaines néoplasies malignes.

L'indolence est complète. Un malade de Leegaard cependant accusait par exception de violentes céphalées avec algie de la nuque. L'origine hypophysaire de la tumeur explique l'anomalie de ces manifestations douloureuses. Les malades ne deviennent gênés qu'en raison des troubles respiratoires, digestifs ou phonatoires qui apparaissent.

La voix nasonnée ou rauque, l'aphonie, la dyspnée,

les troubles de la déglutition, révélés d'abord par les aliments solides, sont autant de symptômes qui amènent le sujet à consulter.

Parfois, c'est la tuméfaction cervicale qui est d'abord perçue par lui.

L'examen constate alors la tumeur plus ou moins saillante, soit derrière l'angle de la mâchoire, soit plus bas, dans la région sterno-mastoïdienne, en avant ou en arrière du muscle.

A ce niveau l'on peut encore percevoir une adénopathie secondaire, à caractères néoplasiques.

Signalons encore des troubles sympathiques uni-latéraux tels que du myosis, une coloration plus marquée de l'hémiface accompagnée de fourmillements.

L'inspection intra-buccale précisera le siège et l'importance de la saillie dans le carrefour aéro-digestif.

L'amygdale, les piliers peuvent être refoulés, le voile abaissé par la tumeur arrivée à son contact.

Certaines tumeurs latérales, franchissant en arrière la ligne médiane, s'avancent encore jusqu'à ne laisser entr'elles et l'amygdale du côté opposé qu'une mince fente.

Mais c'est surtout l'extension en hauteur qui préoccupe le chirurgien. C'est elle qu'il s'efforcera de préciser à l'aide du miroir laryngoscopique et du toucher digital.

Le miroir montrera soit le larynx dévié, ou une corde paralysée, soit la tuméfaction masquant le larynx ou en obstruant la lumière.

Une main placée sur le cou en même temps qu'un

doigt introduit dans la bouche donneront une idée du volume, de la consistance, de la mobilité de la tumeur dans tous les sens par rapport à la colonne cervicale aux parties molles, à la muqueuse.

Celle-ci presque toujours intacte est tout au plus sillonnée de veines variqueuses. Des auteurs sont allés jusqu'à observer que si la muqueuse se plisse quand se contracte le pharynx, la néoformation est extra-musculaire.

Les rayons X seront d'un bon secours lorsque la tumeur débordant les limites cervicales paraît s'enfoncer dans le thorax. Ils permettront de prévoir certaines difficultés lors de l'intervention.

Un examen clinique complet et minutieux sera moins indispensable à étayer le diagnostic qu'à préciser les indications opératoires. Il est pourtant vrai que la tumeur hypophysaire rapportée par Leegaard pouvait en imposer pour une tumeur du cavum et que le lymphome tuberculeux cité par Heymann simulait un abcès.

En arrêtant cette énumération un peu sèche des signes les plus couramment relevés, répétons que chez un même malade on ne trouvera qu'un très petit nombre de symptômes expliquant la tolérance longue et parfaite de ces tumeurs.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Que sont ces tumeurs au point de vue anatomo-pathologique ? C'est là une question intéressant au premier chef le chirurgien. L'examen physique, nous l'avons vu, n'apporte sur le siège et la forme de ces tumeurs que des données souvent imprécises, insuffisantes. Comment soupçonner certains prolongements cachés qui, lors de l'intervention, exagèrent les difficultés opératoires. L'étude du développement de ces tumeurs rendra service en l'occurrence.

Pour mieux suivre ce développement rappelons, en peu de mots, certains points d'anatomie.

Sur les deux schémas représentant des coupes céphaliques à des niveaux différents nous voyons les loges cervicales classiques.

— Espace rétro-viscéral (1).

— Espace sous-parotidien postérieur ou rétro-pharyngien latéral (2).

— Espace ptérygo-pharyngien ou para-amygdalien (3).

Les néo-formations naissent soit dans la loge viscérale, soit dans les loges immédiatement voisines. Mais au fur et à mesure qu'elles s'accroissent, tout en restant entourées par les aponévroses qui limitent ces loges

d'origine, les tumeurs en débordent les frontières topographiques et envahissent les départements voisins.

Lorsqu'on veut ouvrir ces loges pour en faire sortir les tumeurs, il est utile de savoir dans quelle direction ces espaces ont été agrandis et déformés, c'est-à-dire comment s'est faite l'expansion tumorale.

Des auteurs ont étudié à l'aide d'injections de suif suivies de coupes sériees les points faibles de ces loges.

1° « L'injection poussée dans l'espace rétro-viscéral remplit tout cet espace de la 6^e à la 3^e cervicale ; mais dès l'axis, l'injection se latéralise pour se terminer au niveau de l'atlas et sous l'os basilaire par deux cornes franchement latérales et séparées l'une de l'autre par une cloison fibreuse épaisse et résistante » (1).

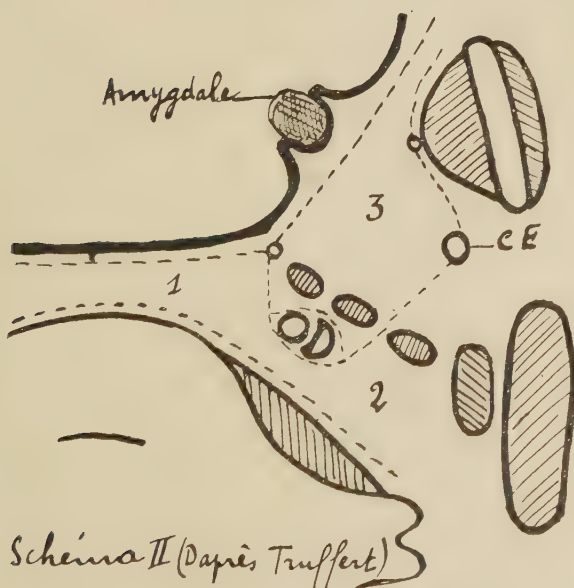
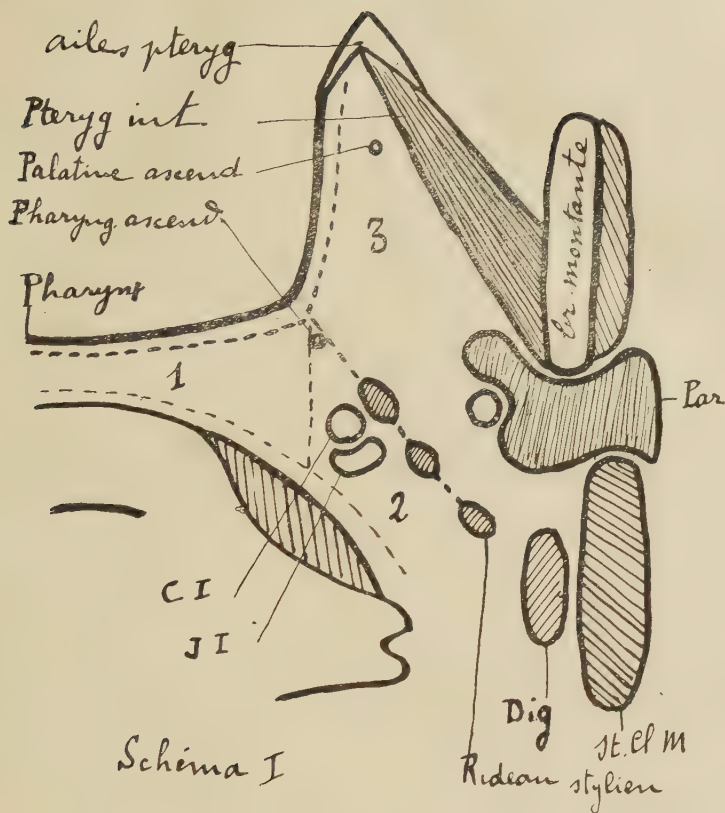
La masse inerte, après avoir soulevé la paroi postérieure du pharynx, gagne les espaces sous parotidiens, la gouttière carotidienne jusqu'à sa partie inférieure, puis, continuant à descendre, elle inonde l'espace péri-œsophagien dans le médiastin postérieur.

2° L'injection de la loge sous-amygdalo-tubaire refoule la paroi latérale du pharynx en masse et reste séparée des gros vaisseaux par le système stylo-glosso-pharyngien.

3° L'injection poussée dans l'espace sous-parotidien postérieur va prendre contact avec la gouttière pharyngée au niveau de son angle postéro-latéral.

Le développement des tumeurs est de même dirigé par les espaces conjonctifs du cou.

(1) TRUFFERT. — Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales, n° 15.



Les tumeurs nées entre le pharynx et la colonne cervicale envahissent d'abord symétriquement des deux côtés les espaces périvasculaires. Celles qui naissent sur les côtés du pharynx gagnent pour les mêmes raisons l'espace rétro-pharyngien de préférence.

C'est ainsi qu'un sarcome issu du périoste du corps du sphénoïde avait envahi surtout les espaces péri-vasculaires des deux côtés, jusqu'au niveau de la trachée (cas de Bidder). Si les néoformations péripharyngées profondes s'avancent vers la périphérie, inversement, on conçoit qu'une tumeur issue de la région rétro-maxillaire, parotidienne, par exemple, devienne par la suite péri ou même franchement rétro-pharyngée.

Le diagnostic de ces tumeurs rétro-pharyngées « secondaires » (Brunner) sera souvent ardu, mais nous ne les envisagerons pas.

En revanche, nous comprendrons dans le cadre de notre sujet les goîtres rétro-viscéraux aberrants.

Parmi ceux-ci, nous admettrons avec Brunner et Fiori les cas de Volfer et Schnitzler, dans lesquels la tumeur goitreuse demeurerait reliée à la glande thyroïde par un mince pont conjonctif.

Sans doute leur nature strumeuse toute particulière les différencie des autres T. P., mais leur extirpation devient identique lorsqu'on a tenu compte de la vascularisation spéciale inhérente aux goîtres.

Nous avons dit l'intérêt que le chirurgien portait à la connaissance de l'extension en hauteur. Cette étendue peut devenir considérable. Bidder cite une tumeur inopérable qui allait du sphénoïde à la 4^e cervicale ; Brun-

ner une autre qui de l'os hyoïde remontait contre la base du crâne.

C'est ensuite le volume approximatif de la masse à extirper que l'on essaye d'apprécier. Il est très variable.

Un lipome chez un malade atteint de « cou gras de Madelung » pesait 750 grammes (Marschick).

Mais la question qui prime toutes les autres est celle de la nature de la tumeur. La notion de fréquence n'entre pas en jeu. Tumeurs bénignes et malignes ont été observées en nombre à peu près égal.

Parmi les bénignes, l'histologie a classé par ordre de fréquence, fibromes, goîtres, lipomes, chondromes, fibro-chondromes, myxo-chondromes, gliomes, lymphomes.

Dans les malignes, c'est le sarcome pur qui prédomine ; puis ce sont des sarcomes associés : fibro sarcomes, myxo-sarcomes, chondro-sarcomes, angio-fibro-sarcomes.

En somme, les goîtres mis à part, toutes les autres formations trahissent une nature conjonctive provenant vraisemblablement de faisceaux musculaires, du périoste vertébral ou des os de la base du crâne.

Nous terminerons ce court chapitre d'anatomie par les conclusions suivantes :

1° Que ces tumeurs siègent ou non dans la loge viscérale, elles ont toujours un contact intime avec le pharynx ;

2° Elles sont encapsulées dans tous les cas, même dans leur variété maligne, et c'est justement la présence de cette capsule qui facilitera leur énucléation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Deux idées, deux grandes directives générales ont partagé les opérateurs ; les uns préférant la voie buccale, les autres la voie externe.

Chez 21 sujets, l'intervention fut entreprise par les voies naturelles, 7 fois elle se termina dans une tentative incomplètement réussie. Ces divers procédés se résument dans les 3 suivants :

— Incision longitudinale sur la partie la plus saillante de la tumeur (Symes, Peters, Cabot).

— Incision cruciale sur une muqueuse ulcérée (Busch).

— Incision du palais osseux jusqu'au milieu de la tumeur (Busch, Peters).

La voie externe a été suivie avec une fréquence à peu près égale, mais parmi ses 22 cas nous relevons trois pharyngotomies sous-hyoïdiennes. C'est là en réalité une méthode intermédiaire à l'abord intra et extra-pharyngé.

Chez les 19 autres malades fut utilisée une des brèches suivantes :

— Incision parallèle au sterno-cléido-mastoïdien (Heinatz).

— Incision du lobule de l'oreille à la grande corne de l'os hyoïde (Weil, Litthauer).

— Incision parallèle à la mâchoire.

— Incision combinée du cou et de la joue.

La comparaison des difficultés et des complications opératoires facilitera et déterminera le choix entre les deux voies externe et buccale.

Celle-ci compte à son actif 4 interventions très laborieuses en raison d'adhérences (Busch, Berr, Peters).

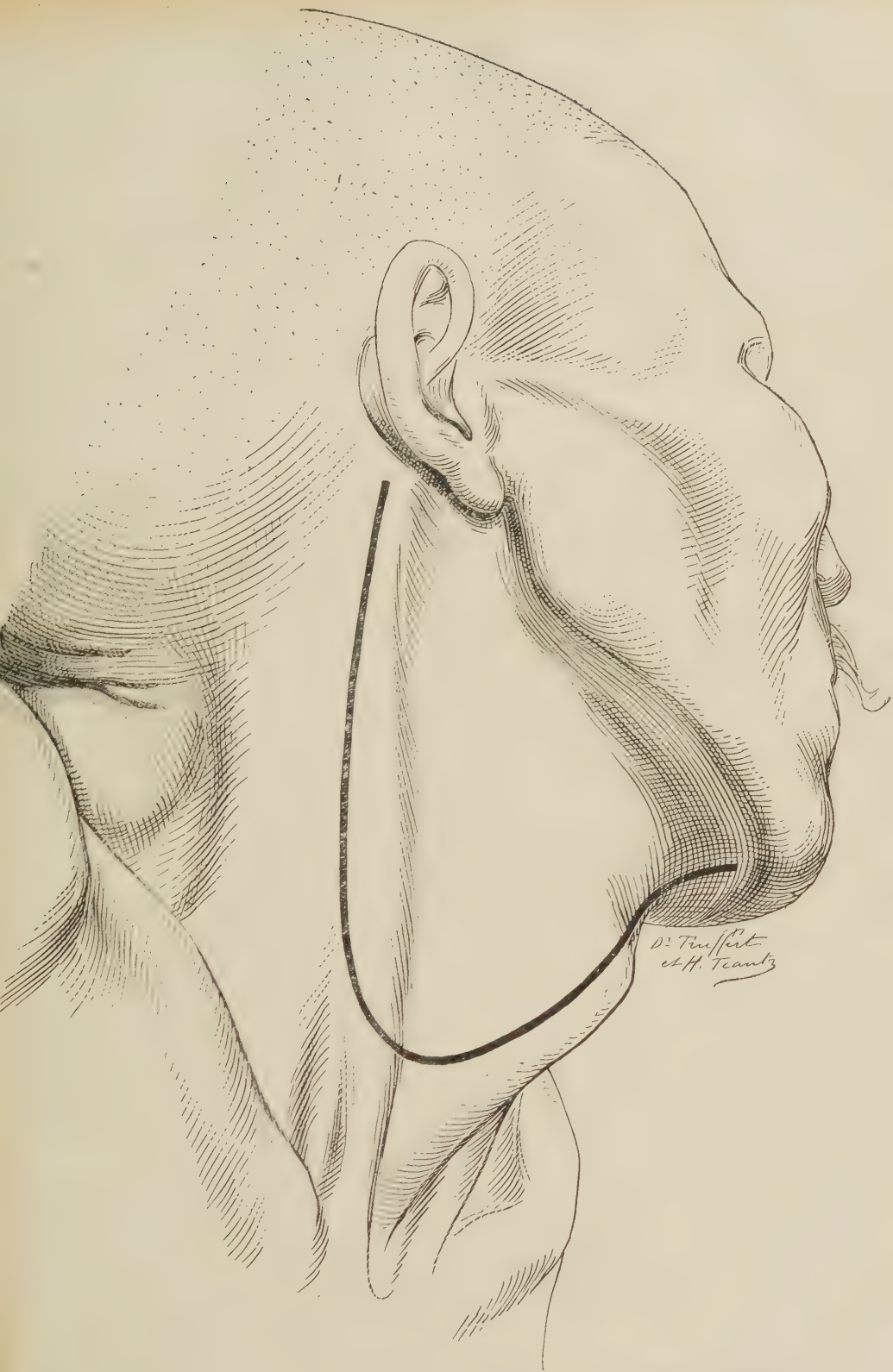
Deux fois seulement les adhérences ont rendu difficile la luxation de la tumeur par la brèche externe (Weill, Brunner).

Quant à l'infection de la plaie, elle survint dix fois chez les opérés par la voie interne, une seule fois chez ceux qui avaient bénéficié de la voie externe (Weil).

Or, dans ce dernier cas, la muqueuse était ulcérée avant l'acte opératoire, si bien que, contre toute apparence, cette observation milite encore en faveur de la voie externe.

Les trois morts relevées sur le total des 41 opérés ont toutes été consécutives à une intervention trans-pharyngée. Ce sont : deux pharyngotomies sous-hyoïdiennes entraînant la mort l'une, un jour après, par broncho-pneumonie (Laugenbeck), l'autre, au 4^e jour, en pleine pyohémie (Weinlechner), et une opération par voie buccale avec récurrence rapide et mort par suffocation au bout d'un mois (Caspary).

De ces observations il ressort, en résumé, que la voie externe se rend plus facilement maîtresse des adhé-



*D^r Tuffet
et H. Teant*

rences, écarte presque à coup sûr tout danger d'infection, et offre une incomparable bénignité.

Là ne résident pas tous les avantages de cette voie. Il en est d'autres, non moins importants, que nous allons maintenant passer en revue.

La narcose paraît autrement commode à réaliser, quels que soient l'anesthésique et son procédé d'administration, à moins d'avoir recours à la trachéotomie préalable et à l'anesthésie par la canule. Cependant l'éthérisation rectale a donné une anesthésie très satisfaisante durant 2 heures, au patient de Savariaud et Baldenweck. Si l'on excepte ces deux modes peu usités de narcose (éthérisation rectale et anesthésie par une canule trachéale), on devra, en opérant par les voies naturelles, se contenter de l'anesthésie discontinue avec un sommeil entrecoupé de réactions du malade, toujours fort pénibles, désagréables, troublant le calme et la réflexion du chirurgien.

La pénétration du sang dans les voies aériennes n'est guère évitable dès que l'on incise la muqueuse pharyngée. Elle devient rapidement une source d'ennuis : gêne respiratoire pouvant aller jusqu'à l'asphyxie menaçante, entrave à la bonne marche de l'anesthésie, infection pulmonaire, danger reculé au lendemain.

Comment empêcher cette hémorragie ? Par une telle voie d'accès l'hémostase, on l'imagine, devient une réalisation ardue. On aura peu de liberté pour pincer et surtout pour lier les vaisseaux. On se contentera parfois du tamponnement temporaire. La difficulté de l'hémostase est une des raisons qui ont interdit la voie buc-

cale à tous ceux qui sont intervenus contre les goîtres rétro-viscéraux. En effet les gros pédicules vasculaires pénètrent ces masses thyroïdiennes par les côtés, loin de la lumière pharyngée ; de plus il existe à la périphérie des goîtres un riche réseau veineux (Madelung) redoutable en l'occurrence alors qu'il préoccupe si peu lorsqu'il est possible « d'accoucher » les goîtres simples (Sebileau).

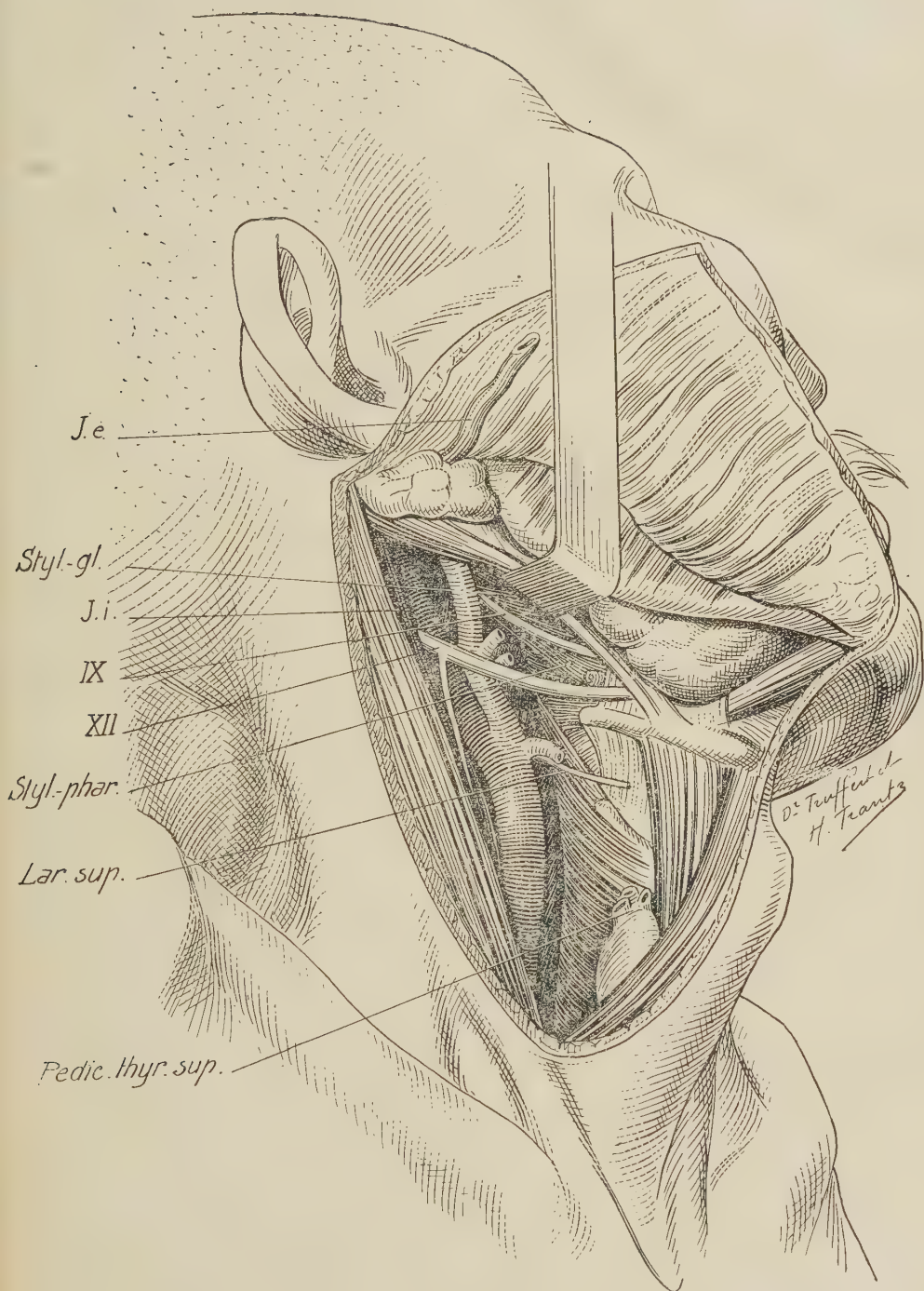
C'est encore vers la voie externe que l'on est tout naturellement entraîné lorsqu'il faut, outre la tumeur, enlever des ganglions.

Le drainage enfin, quand il est indiqué, se réalise aisément à travers cette incision externe.

Après de tels arguments on ne s'étonne pas de voir conseiller l'abandon des procédés intra-pharyngés par les auteurs qui ont étudié la question (Brunner, Lithauer, Heinatz, Hellendal).

Les deux premiers, à vrai dire, Mouret et Segneurin à leur suite, préconisent encore la voie endo-pharyngée pour les tumeurs petites et nettement mobiles. Pratiquement de telles indications sont rares. L'expérience clinique montre que ces cas sont peu nombreux puisque, dans la règle, le patient s'émeut seulement lorsque la tumeur est déjà volumineuse.

Notons encore cependant une réflexion de Savariaud. Surpris par la facilité d'énucléation d'un névrome sous-angulo-maxillaire à travers une brèche de la joue prolongée sur la région amygdalienne, il regrette d'abord d'avoir pratiqué une incision cervicale destinée à permettre la ligature du tronc veineux thyro-linguo-facial,



de la carotide externe et de ses branches. Il pense que cette incision cervicale a été superflue.

Ces restrictions apportées, la voie externe reste adoptée. Avant d'étudier les procédés différents qui utilisent cette voie, il nous a paru intéressant de jeter un coup d'œil sur la région où évoluent toutes ces techniques.

Une dissection (1) rapidement exposée nous permettra de montrer les obstacles éventuels pouvant gêner la libération d'une tumeur. Elle nous prouvera surtout que la voie par nous suivie est capable de conduire jusqu'à la base du crâne où il devient possible de poursuivre et d'atteindre les tumeurs les plus haut situées.

Le sujet couché sur le dos, un billot sous les épaules, a la tête fixée en hyper-extension et rotation du côté opposé à celui que l'on veut aborder.

Nous traçons l'incision ansiforme décrite par le professeur Sebileau (2).

Cette ligne partie de la mastoïde arrondit sa concavité supérieure au niveau du cartilage cricoïde pour aboutir aux apophyses géni. Le lambeau ainsi délimité, comprenant les plans superficiels avec le peaucier et le segment supérieur de la jugulaire externe sectionnée, est relevé. Après ablation du tissu cellulo-ganglionnaire cachant le paquet vasculo-nerveux du cou, si l'on récline en avant la glande sous-maxillaire on aperçoit une aire triangulaire que limite :

(1) C'est à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris que le professeur Sebileau a mis des sujets à notre disposition.

(2) Congrès Français de Chirurgie, 1919. Le traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante.

En haut : la branche horizontale du maxillaire contournée par l'artère faciale et le pôle inférieur de la parotide relevé avec le lambeau cutané,

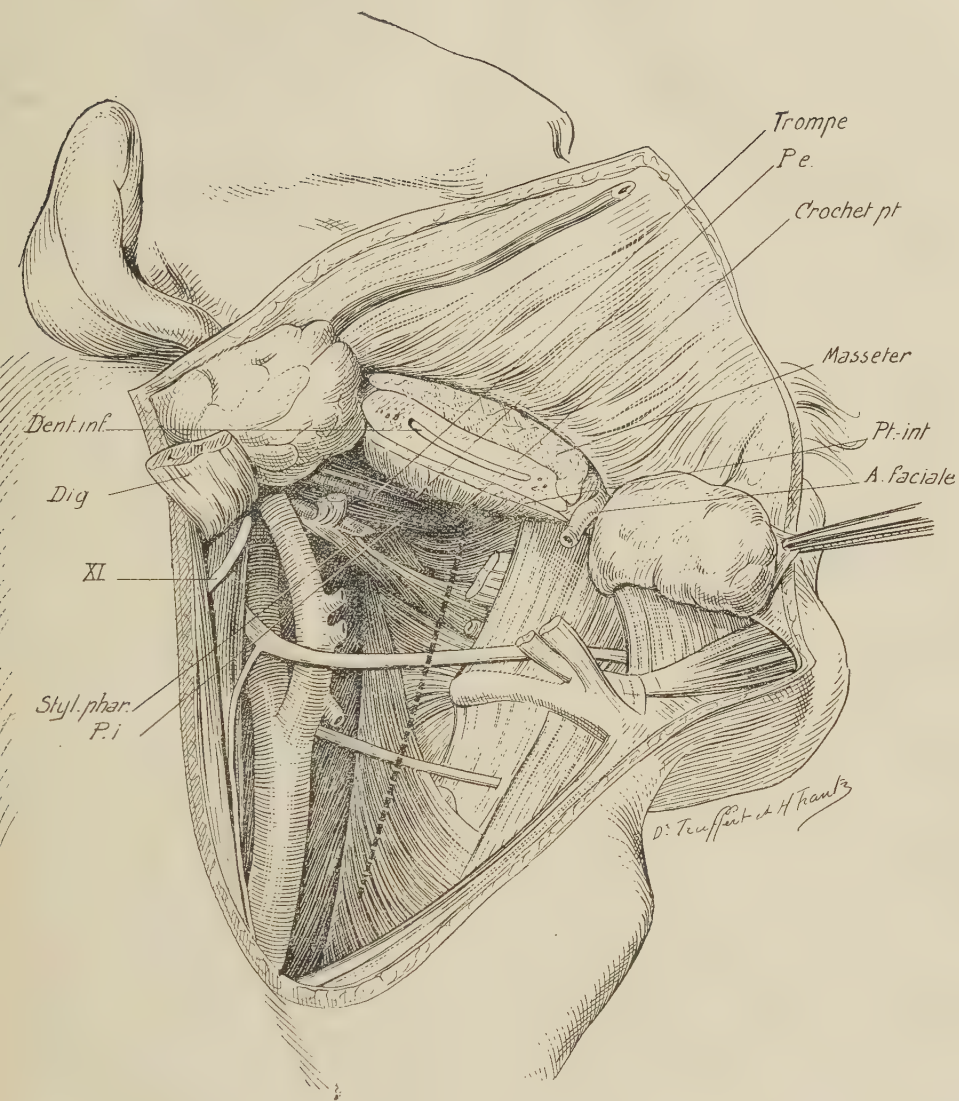
En avant : le mylo-hyoïdien, le ventre antérieur du digastrique, recouverts par la glande sous-maxillaire, la grande corne de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde,

les muscles sous-hyoïdiens.

En arrière et en bas : le sterno-cléido-mastoïdien.

Cette aire est barrée à sa partie supérieure par le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien. Un premier écarteur de Farabeuf attirant fortement ces deux muscles en haut, tandis qu'un second écarteur récline en arrière le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux du cou abrité sous lui, on découvre le contenu de l'espace. Pour bien voir, le miroir de Clar en position frontale est utile dès à présent : il deviendra bientôt indispensable. Tous les organes successivement rencontrés se dirigent approximativement d'arrière en avant. Ce sont d'abord les veines thyroïdiennes supérieures, linguales, faciales, tributaires de la jugulaire interne. Ces veines sectionnées ou réséquées, un plan artériel s'étale sous les yeux. Ce sont les branches antérieures de la carotide externe homonymes des trois veines.

Ces artères, bien isolées du tissu conjonctif qui les enserme, gagnent une grande mobilité, surtout dans le sens vertical. Cependant nous les sectionnons et la carotide externe que plus rien ne retient en avant disparaît à son tour sous l'écarteur postérieur livrant un plus



large accès vers le pharynx. Deux nerfs barrent encore la route : le grand hypoglosse et le laryngé supérieur. Eux aussi une fois nettement libérés acquièrent un certain jeu dans le sens vertical. Le grand hypoglosse dénudé sur toute la longueur de sa courbe se laisse aisément relever, accroché loin en arrière par la naissance de l'artère occipitale et nullement retenu par sa branche descendante. Celle-ci, très longue, une fois décollée de la gaine vasculaire qu'elle suivait, ne gêne en rien l'ascension de l'hypoglosse. Beaucoup moins considérable est la mobilité qu'on arrive à fournir au laryngé supérieur en l'isolant. Ce nerf, trop court dans sa portion accessible, perfore en avant la membrane thyroïdienne, tandis qu'en arrière il est difficile à poursuivre sous les gros vaisseaux. C'est lui qui rendra parfois laborieuse l'énucléation d'une tumeur bas située.

Nous reportant maintenant à la partie supérieure de la plaie opératoire nous apercevons deux muscles : le styloglosse, antérieur et horizontal, le stylo-pharyngien, postérieur et vertical ; ce dernier contourné en hélice par le nerf glosso-pharyngien.

Un peu au-dessus de ces muscles, le doigt touche la saillie du crochet ptérygoïdien.

Avant de remonter vers la zone supérieure des parois postérieures et latérales du pharynx quelques remarques s'imposent.

D'abord un éclairage suffisant de la région ne peut être pratiquement obtenu que par le miroir de Clar en position frontale. De plus le regard doit maintenant plonger dans la brèche opératoire, vers la base du crâne.

Pour ce faire la tête du sujet sera élevée à la hauteur du chirurgien et fortement inclinée sur le côté opposé.

Nos planches 4, 5, 6 ne rendent peut-être pas bien compte de la situation réciproque de l'opérateur et du sujet. Ce dernier est aperçu à profil perdu, comme le prouve la faible distance qui sépare l'angle de la mâchoire du rebord orbitaire.

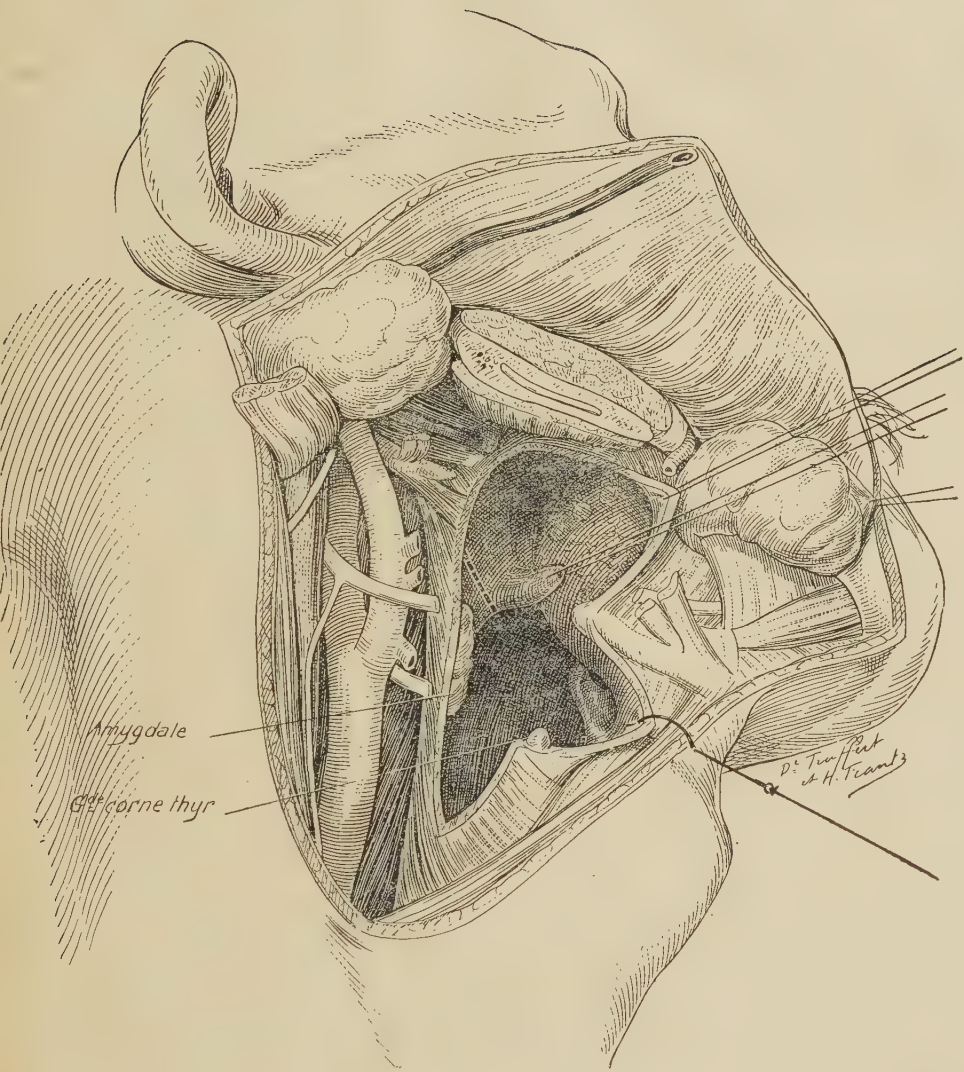
Sur les sujets ou les dessins on n'a pas coutume de voir les régions que nous allons maintenant observer, le regard étant dirigé de bas en haut, vers la base du crâne.

Par exemple la trompe cartilagineuse et les pérystaphylins sont rarement vus d'en bas. De ce point de vue un peu nouveau, les régions figurées par nos dessins risquent de surprendre si l'on n'est pas prévenu.

Les difficultés rencontrées par les auteurs de nos planches pour rendre les effets de perspective se sont encore accrues du fait que le miroir frontal rendait lumineux les organes les plus profonds du puits opératoire.

Poursuivant la dissection nous coupons le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien. Les deux autres muscles styliens peuvent être épargnés.

En revanche c'est l'angle du maxillaire inférieur qui est mordu par la pince-gouge jusqu'au canal dentaire. Au préalable on incise l'aponévrose le long du bord de cet angle et l'on rugine ses faces, désinsérant et refoulant en haut une partie du masséter en dehors, du ptérygoïdien interne en dedans. La résection portera plus sur la branche montante que sur la branche hori-



zontale. Elle gagnera ainsi conduite le maximum de jour pour un minimum de perte osseuse.

Un écarteur s'appuyant sur la face interne de la branche montante aplatit le ptérygoïdien interne tandis qu'il élargit l'espace ptérygo-pharyngien. Au plafond de cet espace quelques coups de sonde cannelée suffisent à isoler la trompe entre les deux péristaphylins. Nous sommes arrivés contre la base du crâne avec un jour suffisant pour attaquer une tumeur et arrêter une hémorragie éventuelle. Chemin faisant en effet les artères palatine ascendante, pharyngienne ascendante et les plexus veineux péri-pharyngés peuvent, sur le vivant, apporter quelque gêne.

Nos deux dernières préparations essayent de mieux montrer les voies d'abord des différents étages pharyngés, le carrefour aéro-digestif étant ouvert. Le pharynx a été fendu suivant le pointillé. Ici encore la préparation observée de bas en haut offre des projections de prime abord surprenantes. Ainsi voit-on par exemple la grande corne de l'hyoïde au niveau de la luette.

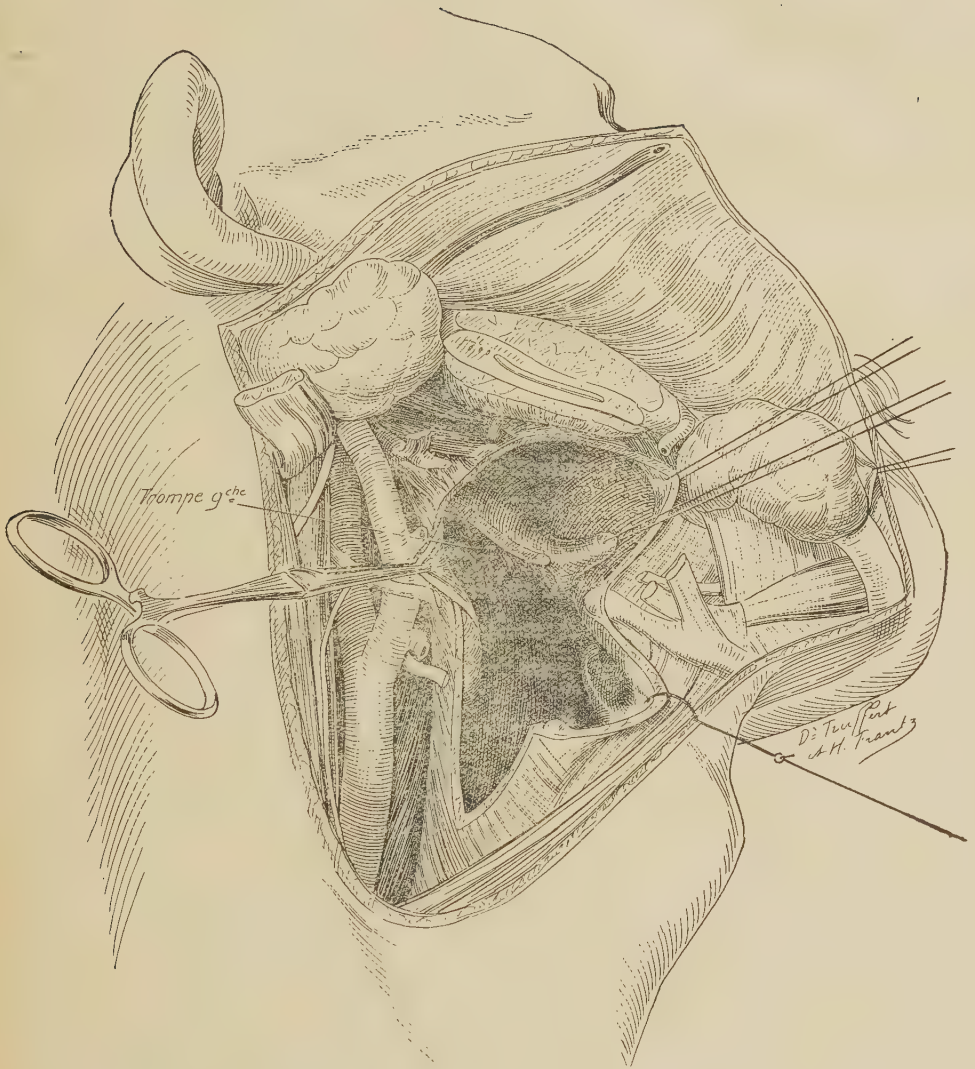
La dernière planche rend visible à travers le voile du palais fendu l'orifice pharyngien de la trompe du côté opposé, non loin du toit du cavum.

Ainsi peut-on se rendre compte que l'ouverture de la loge viscérale et son exploration seront relativement aisées, même en arrière, quelle que soit la hauteur où nous conduira la tumeur par nous recherchée.

Nous avons poussé la dissection comme pour atteindre des néoformations de plus en plus hautes.

Naturellement les sacrifices successifs consentis sur

ce sujet seront en grande partie épargnés au porteur d'une T. P. Chaque malade en particulier demandera ses variantes au plan général de cette chirurgie. Cependant il ne faudra jamais prolonger ou compliquer l'acte opératoire sous prétexte de conserver des organes d'une importance relative. Dans ces interventions mieux vaut se donner du jour aux prix de sacrifices raisonnables, tels que la section temporaire du sterno-mastoïdien, que prolonger une lutte contre les difficultés et risquer un échec opératoire.



*
* *

Intervenant par la voie externe choisie en définitive nous allons considérer dans cette méthode les temps principaux différemment pratiqués par les chirurgiens.

L'anesthésie a été obtenue par le procédé habituel de chacun ; mais seule l'anesthésie continue et à distance rend possible une opération propre et sûre. Le tubecanule de Delbet-Sebileau relié à un appareil de Ricard en permet la réalisation facile. Si ce tube gêne au moment où l'on veut refouler la tumeur vers l'extérieur, à l'aide d'un doigt introduit dans la cavité bucco-pharyngée, on le retire un instant. Lorsque la saillie exagérée de la tumeur dans le pharynx rend le tube inutilisable on n'hésitera pas à ouvrir une bouche aérienne temporaire. Toutefois on substituera à la trachéotomie, souvent responsable d'accidents broncho-pulmonaires, une laryngotomie plus anodine. Après ponction de la membrane inter-crico-thyroïdienne avec le trocart-canule de Butlin-Poirier on adapte à la canule l'ajutage d'expiration imaginé par Sebileau-Lemaitre. Reliant l'ajutage à un appareil de Ricard on obtient une anesthésie excellente. Il va sans dire que si le malade est porteur d'une trachéotomie c'est cette bouche aérienne qui sera mise en communication avec le réservoir contenant le mélange d'éther et de chloroforme.

Nous pensons que ces deux modes d'anesthésie éloignée obtenus avec le tube de Delbet ou la canule de

Butlin sont infiniment recommandables et supérieurs aux autres procédés.

Ils ne nous ont jamais déçus au cours des innombrables opérations cervico-faciales que nous avons vu exécuter par notre maître M. Sebileau.

Les incisions préconisées sont nombreuses. L'incision parallèle au sterno-mastoïdien fut la règle chaque fois que la tumeur était basse. Elle a suivi tantôt le bord antérieur, tantôt le bord postérieur du muscle.

Certains ont incisé du lobule de l'oreille à l'os hyoïde. Au contraire en présence d'une tumeur haute c'est l'incision parallèle à la mâchoire qui a paru la plus favorable (Lithauer).

Ceci conseille d'abandonner la brèche combinée de la joue et du cou qui n'offre pas sur l'incision de Kroenlein l'avantage d'un jour plus ample tandis que, mutilante, elle expose à la blessure des branches du nerf facial.

Lorsque le grand volume, la malignité et les adhérences de la néoformation ont laissé prévoir la résection temporaire du maxillaire inférieur, c'est cette incision de Kroenlein qui a été trouvée la plus opportune.

Quant à la pharyngotomie sous-hyoïdienne, qui n'utilise d'ailleurs pas exclusivement la voie externe, elle mérite un jugement sévère. Sans procurer un accès beaucoup plus commode elle expose aux dangers inhérents à l'ouverture des voies digestives, élevant la mortalité à 66, 6 %, calculée il est vrai sur 3 cas seulement. De plus cette opération ne découvre que le pharynx inférieur. A chacune des incisions précédentes nous

paraît suppléer l'incision ansiforme pourvu qu'on ne lui assigne pas un tracé rigide, fixe, immuable.

De légères déformations de la ligne type apporteront le maximum de commodité à chacun des cas cliniques.

Par exemple si la tumeur est très basse, le bistouri parti de la mastoïde descendra arrondir sa courbe jusqu'à la clavicule ; au contraire pour une tumeur haute l'incision ne franchira pas en bas le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Lorsque la tumeur cachée sous le sterno-mastoïdien semble très postérieure, l'incision dépassera le muscle en arrière, au niveau de la mastoïde, tandis qu'en avant elle finira assez loin de la ligne médiane.

Cette incision, couramment pratiquée par notre maître pour éviter la loge sous-maxillaire, éclaire du plus grand jour toutes les interventions sur la région latéro-cervicale. « Le lambeau qu'elle circonscrit a une grande vitalité, il ne se sphacèle jamais, on le décolle très facilement. Réappliqué sur les tissus il se recolle à eux » (1).

Le lambeau relevé, il est prudent avant toute chose de trouver le paquet vasculo-nerveux principal du cou. Sa recherche peut être laborieuse comme chez le malade de Mouret et Seigneurin où les gros vaisseaux étaient entourés d'un tissu conjonctif modifié. Dans ces cas plus que jamais carotides et jugulaire interne doivent être reconnues et abritées sous un écarteur.

Tout danger de les blesser étant ainsi conjuré l'opération se déroule en pleine sécurité.

(1) SEBILEAU. — *Loc. cit.*

Mais dès à présent, la tumeur déjà plus proche offre l'un des deux aspects suivants : tantôt antérieure, basse, elle paraît très accessible ; tantôt postérieure ou haute, elle présage des difficultés.

Dans le premier cas la dissection se poursuit en coupant les veines que l'on rencontre en isolant les branches carotidiennes. S'il en est parmi elles qui gênent encore elles seront sectionnées.

La ligature des grosses artères a été plus fréquente par la voie extra-pharyngée bien que l'hémostase soit plus facile par cette voie. Il n'y a là un fait étrange qu'en apparence seulement. Les opérateurs n'ont fait à la vérité que réaliser une hémostase préventive sur des vaisseaux qui s'offraient à leurs mains.

La ligature a porté cinq fois sur la carotide externe.

Trois fois par la voie intra-pharyngée (Bardeleben, Brunner, Ceci) ;

Une fois par la voie extra-pharyngée ;

Une fois par la voie mixte.

La carotide primitive fut liée une fois par Mouret et Seigneurin voici dans quelles circonstances. Leur opéré, au cinquième jour, à l'occasion d'un effort, pâlit, tombe en syncope tandis que son pansement est envahi par le sang. C'est la thyroïdienne supérieure qui saigne ; elle est de nouveau liée au catgut. Deux jours après un fil de lin est passé au-dessous de ce catgut. Le quatorzième jour après la première opération nouvelle hémorragie par sphacèle de la même artère. En essayant de la pincer on la perfore à sa naissance dans la carotide ex-

terne. La ligature de cette dernière est difficile parce que dès son origine elle émet la thyroïdienne. On doit finalement se résoudre à lier la carotide primitive.

Aucune suite fâcheuse à signaler d'ailleurs.

En fait, presque toujours la ligature de gros vaisseaux reste superflue ; l'hémostase préventive inutile.

Dans le second cas, lorsque la tumeur haute et surtout postérieure annonce une extirpation laborieuse, le sterno-mastoïdien sera sectionné à sa partie moyenne. Aussitôt la plupart des manœuvres sont rendues faciles et toute la région cervicale latérale devient accessible.

Le digastrique, les muscles styliens qui gênent pourront à leur tour être sacrifiés.

Il faut avoir eu l'occasion de couper une fois le sterno-mastoïdien pour apprécier tous les services que rend une telle section et toutes les facilités qu'elle procure à l'énucléation d'une tumeur.

De cette mutilation considérable il ne reste rien après une bonne suture.

Si c'est au contraire l'angle du maxillaire qui gêne l'exploration d'une tumeur haute c'est à lui qu'on s'attaquera. La résection du maxillaire a été pratiquée 3 fois sur 22 opérations par voie externe. Le gros volume de la tumeur n'indique nullement cette résection.

Bier, Heinatz, Ceci, Marschick ont rapporté des cas de tumeur très volumineuse aisément enlevée à travers la seule brèche des parties molles. C'est seulement au cours de l'opération que le sacrifice de l'os peut s'imposer. Madelung, l'a pratiqué pour une tumeur dont il atteignait facilement le pôle supérieur avec l'index.

Peut-être cette fois aurait-il pu respecter la mâchoire.

Par contre chez son deuxième malade et chez celui de Brunner la tumeur remontait jusqu'à la base du crâne.

Pratiquement il résulte que la résection mandibulaire telle que nous l'avons conseillée plus haut ne trouve que de très rares indications.

Lorsque tous les obstacles vasculaires, osseux, musculaires, auront été franchis, un aide introduisant un doigt dans la cavité bucco-pharyngée repoussera la tumeur vers l'extérieur et la fera saillir. L'hypoglosse et le laryngé supérieur laisseront toujours passer la masse cervicale profonde.

Une incision sur les tissus constituant une capsule qui ne manque jamais, recherchera le bon plan de clivage. En s'aidant de la dissection àpre au tampon la décortication de la tumeur s'achèvera. Souvent on sera surpris de voir avec quelle facilité la compresse maniée comme pour décortiquer un goitre, décapsulera une T. P. en apparence très difficile à extirper.

C'est encore la présence de cette capsule qui évite les hémorragies après l'ablation de la tumeur.

Le capitonnage de la poche et quelques catguts achèveront l'hémostase.

Mouret et Segneurin conseillent de capitonner en outre les branches artérielles liées en les recouvrant de lames fibro-adipeuse voisines suturées au catgut. Ils espèrent, en protégeant les moignons artériels, éviter les hémorragies secondaires. Ce temps nous paraît superflu.

Les muscles sectionnés seront reconstitués.

Malgré une bonne hémostase un drainage capillaire est

à conseiller. Le vide laissé par l'ablation d'une tumeur volumineuse facilite les épanchements sanguins. Un faisceau de crins sortant par le point déclive de l'incision, laissé pendant 48 heures, suffira toujours. Notons que le malade étant couché, le point déclive ne se trouve pas au sommet de la courbe mais un peu en arrière.

Une compression modérée exercée par le pansement si l'on chiffonne en tampons quelques compresses réduira encore les risques d'hématome.

De rares troubles post-opératoires ont été signalés : bradycardie, rétrécissement d'une pupille ou d'une fente palpébrale, troubles de la salivation. La gêne pendant la déglutition est insignifiante et très rapidement les opérés s'alimentent sans peine.

La gastrostomie préventive pratiquée une fois par Brunner n'a aucune raison d'être.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme B..., 32 ans, ne présente rien de spécial dans son histoire clinique. L'examen laryngoscopique avant l'opération montrait : le larynx refoulé à droite ; dans la région vestibulaire gauche une tuméfaction arrondie, lisse, rougeâtre qui obstruait la lumière du vestibule. Cette tumeur bombait également dans le pharynx.

Opération par le professeur Sebileau le 10 décembre 1918.

Après anesthésie à la novocaïne une canule de Butlin est placée à la partie inférieure de la trachée cervi-

cale (une laryngotomie intercricothyroïdienne aurait créé une gêne au cours de l'intervention). Le chloroforme est alors donné avec l'appareil de Ricard. Incision cutanée de 10 cm. le long du sterno-mastoïdien. Le milieu de l'incision correspond à la grande corne du cartilage thyroïde.

Mise à nu du paquet vasculo-nerveux qui est confié à un écarteur postérieur. La grande corne du thyroïde est amarrée et tirée en avant de manière à présenter la face postérieure du larynx. On arrive sur une masse recouverte de veines sinueuses et dilatées. La tumeur est libérée sauf en un point où elle fait corps avec la muqueuse pharyngée, dans l'angle formé par la grande corne et la lame latérale. A ce niveau la muqueuse doit être reséquée.

Cette brèche est fermée par trois points au catgut.

Les plans musculaires pharyngés sont reconstitués au catgut.

Suture cutanée par trois crins et des agrafes de Michel.

Drainage par un faisceau de crins qui sort à la partie inférieure de la plaie. Mise en place d'une sonde nasale.

Le lendemain de l'intervention la malade présente encore du shock opératoire qui cède aux tonicardiaques, suppression de la canule. A ce moment la malade manifeste une légère gêne respiratoire durant quelques instants. Suites opératoires normales.

L'opérée revue sept ans après est en parfaite santé.

Après cette première observation un peu succincte et

déjà ancienne en voici deux autres beaucoup plus intéressantes et instructives et qui nous sont communiquées par notre maître M. Sebileau.

Obs. II. — M. P..., 26 ans, m'est adressé par le D^r H... le 16 janvier 1925 avec la lettre suivante : « Je vous adresse M. P... atteint d'une tumeur du pharynx, kyste ou sarcome ?

Aucun diagnostic ferme n'a été posé. La tumeur est en voie d'augmentation et obstrue presque complètement le pharynx.

Depuis 3 ans je conseille au malade d'aller vous voir. Je crois pour ma part qu'une intervention sera nécessaire dans un assez bref délai. Le malade est décidé à se conformer à votre décision et se confiera à vous avec une entière confiance, etc... ».

Il me détaille l'histoire de sa maladie comme suit :

Début apparent de l'affection, pendant qu'il était aux armées en janvier 1918, par gêne respiratoire et enrouement.

Hospitalisation : extirpation des amygdales.

Tandis que, malgré l'opération, le gonflement augmente dans le pharynx et que la dyspnée s'affirme, une tumeur apparaît sur un côté du cou, vers l'angle de la mâchoire.

En 1920, le malade est hospitalisé à Besançon. On y diagnostique une « tumeur du fond de la gorge ».

Le patient est alors renvoyé à l'infirmierie de son dépôt, puis dirigé sur un centre de réforme à Paris. Il est expédié au Val-de-Grâce dans le service de MM. Re-

verchon et Worms pour examen et conclusions. Ceux-ci déclarent le patient inopérable et on le propose pour une réforme définitive avec pension temporaire.

En conséquence de cette décision, il est dirigé, avec le diagnostic d'abcès consécutif à un mal de Pott cervical, dans le dépôt de Vaugirard, dans le service du Pr Broca. Celui-ci confirme le diagnostic précédent et fait une incision de la tumeur. Il ne s'échappe que du sang et l'inopérabilité de la tumeur est affirmée de nouveau.

M. P. est alors envoyé, toujours avec ce même diagnostic d'abcès vertébro-pathique, à l'hôpital militaire des Sablettes, à Toulon. Là il est soumis à l'immobilisation complète dans le décubitus horizontal pendant six mois. Mais la masse augmente de volume; la dyspnée s'accroît. Sur sa propre demande, le patient est alors libéré définitivement au mois de mars 1921. Il est soumis à l'examen de plusieurs commissions de réforme et voit peu à peu son état s'aggraver.

Il se décide à la fin de l'année 1924 à prendre une consultation à l'hôpital Laënnec, dans le service du Dr Bourgeois où l'on ne fait pas de diagnostic précis et où l'on propose au malade de le soumettre à un prélèvement fait sur la tumeur par les voies naturelles. Celui-ci, conseillé par son père, refuse.

C'est dans ces conditions, muni de la lettre du Dr H., qu'il vient me voir à la mi-janvier 1925. Voici ma réponse au Dr H... « Votre malade est atteint d'une tumeur sous-pharyngée, probablement d'ordre congénital. Elle est solide. C'est une tumeur rare et difficile du moins par le siège qu'elle occupe.

Je la crois, en elle-même, parfaitement extirpable. La difficulté est de l'aborder.

Par les voies naturelles, l'opération serait, sans nul doute, impossible. Il faut donc se créer un chemin. La chose serait simple sans le mur angulo-maxillaire. Il est probable qu'il faudra gruger celui-ci pour se donner du jour et, au besoin, faire une section mandibulaire temporaire.

Une seconde exploration, le malade étant à jeun et très cocaïné, est nécessaire avant de prendre une décision définitive, car chez lui l'intensité des réflexes pharyngés rend l'examen difficile ».

Voici, en effet, ce qu'il me fut donné d'observer pendant les deux explorations que j'ai pratiquées.

Subjectivement. — Gêne respiratoire considérable, tirage en grognement. Voix entrecoupée par le besoin de respirer et nasonnée. Rhinolalie fermée. Dysphagie haute, grand amaigrissement depuis quelques mois surtout. Pâleur des muqueuses de la face et du visage lui-même. Le patient est décidé à supporter n'importe quelle intervention chirurgicale. Il sent « qu'il file ». Absence de tout sommeil. Douleurs dans la nuque.

Objectivement. Extérieurement. — Une grosse masse approximativement sphérique, soulève le sterno-mastoïdien au-dessus et au-dessous de l'angle mandibulaire. Elle n'adhère pas aux téguments qui ne présentent aucun signe d'altération. Elle semble enclavée dans la profondeur du cou, reste réfractaire à toute impulsion qu'on lui imprime dans le sens vertical, mais se meut,

latéralement, dans une certaine mesure. La contraction du sterno-mastoïdien accroît son incarceration dans le cou. Elle est dure avec un certain degré de rénitence. Nulle part elle ne paraît molle ; encore moins fluctuante.

Intérieurement. — Une énorme masse qu'au premier abord on prendrait pour une amygdale considérablement augmentée de volume remplit l'oro-pharynx. Cette masse vient au contact de l'amygdale opposée. Un rapide examen permet de définir les choses. La paroi pharyngée est seulement refoulée. L'amygdale est ainsi projetée, comme cette paroi elle-même, en avant et en dedans. La tumeur est donc latéro-pharyngée postérieure. Elle se prolonge, en bas, dans le pharynx inférieur, jusqu'au niveau de l'épiglotte. Elle remonte également, le long de la paroi pharyngée, au-dessus du voile du palais qu'elle abaisse, mais dans lequel elle ne pénètre pas, et comble ainsi la partie basse du cavum. Nulle part on ne sent battre la carotide interne qui n'est donc pas entre la masse tumorale et la paroi pharyngée, du moins d'après l'exploration. Cette paroi *non altérée, sans varicosités*, sans apparence du moindre amincissement, *glisse manifestement*, partout où on peut l'explorer sur la face profonde de la masse tumorale. Pas de battements, d'ailleurs, pas d'expansion. Pas de fluctuation. La tumeur apparaît assez dure et rénitente, plus manifestement encore que par l'exploration extérieure.

Par l'exploration bi-manuelle on se rend compte :

1° que la masse pharyngée est en continuité avec la masse cervicale ; elles ne font qu'un.

2° que la tumeur, mobilisée par le dehors, subit sans entraîner la paroi pharyngée, les mouvements de translation qu'on lui imprime.

Ponction exploratrice : Quelques gouttes de sang.

L'opération que je proposai après mes deux examens ayant été acceptée, celle-ci fut faite le 10 février 1925.

Anesthésie générale avec le tube canule de Delbet relié à un appareil de Ricard qui contient un mélange à parties égales d'éther et de chloroforme.

Longue incision en anse à concavité supérieure allant de l'apex mastoïdien à la symphyse mentonnière et descendant au-dessous de l'os hyoïde.

Le lambeau ainsi circonscrit est relevé de bas en haut (selon mon procédé d'extirpation des tumeurs et des ganglions du segment supérieur du cou).

Au-dessous de l'os hyoïde, et par conséquent, du pôle inférieur de la tumeur, les gros vaisseaux sont recherchés et découverts après dégagement du bord antérieur du sterno-mastoïdien qui est réclivé en dehors. Sous la partie profonde du bord antérieur de la tumeur, le paquet vasculo-nerveux est ainsi suivi aussi haut que possible. On se rend compte qu'il est intact, non dissocié et tout-à-fait libre (jugulaire comprise) par rapport à la masse ; je lie la faciale à son origine.

J'aborde ensuite celle-ci, je découvre un premier plan de clivage que j'essaie de suivre ; mais le décollement s'opère mal et je me rends compte qu'il y a lieu d'en chercher un plus profond. J'incise dans un nouveau plan conjonctif et sous lui, je dégage « au tampon » selon mon procédé. Le décollement devient facile sur toute la

face extérieure de la tumeur ; je le poursuis au tampon d'abord, puis, quand cela devient impossible, à la spatule et au doigt aussi haut et aussi profondément que possible.

Pour réaliser la séparation de la face profonde, je fais introduire un doigt dans la bouche. Le doigt refoule fortement la tumeur en dehors et celle-ci vient, pour ainsi dire, faire saillie sous la main de l'opérateur.

Tirant alors sur la masse saisie avec une pince de Museux, j'arrive sans peine à décoller la face profonde de la tumeur de la paroi pharyngée.

Hémorragie pour ainsi dire nulle. Quelques ligatures veineuses. Drainage capillaire pendant 48 heures.

Suture en deux plans.

Réunion primitive totale en huit jours.

Départ de la maison de santé le 10^e jour sans pansement. La paroi pharyngée est presque de niveau à ce moment.

Tous les troubles subjectifs ont naturellement disparu.

Revu 9 mois après (le 20 août) le patient a augmenté de 13 kilogr. Il est en parfait état. De son opération et de sa maladie il ne reste d'autre trace que l'incision cutanée.

Examen de la tumeur (par M. Bauer des Laboratoires Carrion et Hallion) : La lésion, mal délimitée, est d'origine vasculaire. Il existe de grandes lacunes sanguines dont les parois sont formées de tissu fibreux, à peine condensé, renfermant un grand nombre de cellules fusiformes, fibroblastes ou cellules endothéliales ; l'endo-

thélium de ces lacunes est à peine visible. De nombreuses hémorragies, d'âges divers, ont laissé leurs traces sous la forme soit d'amas de macrophages chargés de pigment sanguin, soit de blocs de fibrine plus ou moins transformée en hyaline. Dans l'intervalle des lacunes sanguines le tissu contient beaucoup de cellules semblables à des fibroblastes; certaines de ces cellules sont d'assez grande taille. On observe aussi des cellules qui paraissent être de même nature, mais qui contiennent plusieurs noyaux; enfin il existe des points où les lymphocytes sont nombreux. Rien, dans ce tissu, n'indique l'existence d'un processus inflammatoire. Il s'agit, suivant toute vraisemblance d'un angiome modifié par des hémorragies interstitielles multiples.

Le ganglion ne présente rien d'anormal.

Il est bon de remarquer que l'examen n'a porté que sur un *seul* fragment de la tumeur.

Obs. III. — M. B... 60 ans, vient me consulter dans le courant de février 1925. Il m'est adressé par le Pr Legueu avec lequel je l'examine. Voici comment, de conserve avec sa femme, il m'écrit lui-même son histoire clinique :

« Une petite grosseur au-dessous du lobe de l'oreille nous est apparue au début d'août 1919. Le Pr Legueu l'a vue en novembre. Elle a évolué très lentement d'abord, mais cependant d'une façon continue. En 1920, nous avons fait une saison à la Bourboule. Le Docteur qui nous suivait croyait à un peu de ramollissement de la glande. Ce doit être vers les derniers mois de 1920

qu'apparut subitement, après un vertige, une surdité du même côté que la tumeur. Au début de 1921, nous avons consulté le Dr Laurens, afin de savoir si l'oreille n'était pas en communication avec la tumeur. Le Docteur a affirmé qu'il n'y avait aucun lien entre les deux choses et il a écrit sur son ordonnance « ne pas toucher à l'oreille, ne pas toucher à la glande ».

Nous avons fait, en 1922, une saison à Salies de Béarn. Aucune amélioration, l'évolution continuait, l'amygdale s'irritait, et ce fut à la fin de cette année qu'on aperçut, au milieu de cette amygdale, comme un épaississement du tissu.

La tumeur du côté du cou devenant assez grosse, nous consultâmes le Pr Delbet et le Dr Thibierge. Ils se communiquent leur pensée, et au Pr Legueu, ils conseillent l'application des rayons X.

Ce qui fut fait en février 1923, par les soins du Dr Cottenot, en dix séances, d'une heure chacune. Le traitement fatigua beaucoup le malade. Il eut même, une nuit, au milieu du traitement, une crise d'étouffement très pénible. Elle ne se renouvela pas, mais le malade resta très fatigué jusqu'au mois de juillet.

Aucune diminution de la tumeur. A ce moment, nous allons voir le Dr Regaud qui ordonna un traitement d'injections de sulfate de magnésie, commençant à 20 cc. et allant jusqu'à 80 cm³ par périodes de dix jours et répétées 3 fois. Après ce traitement amélioration très sensible dans l'état général. Le malade reprenait de l'appétit, de l'entrain.

En 1924 la tumeur grossissant toujours on essaya,

d'après le conseil du D^r Regaud, un second traitement de sulfate de magnésium, mais cette fois, sans aucun succès.

En novembre le D^r Regaud demande au P^r Legueu de faire un prélèvement de la tumeur ; ce fut fait en décembre 1924.

L'analyse ayant relevé un lipome on en conclut que l'application du radium serait inutile, sinon nuisible et que seule l'ablation de la tumeur s'imposait. D'ailleurs, à ce moment, le patient était très fatigué, la respiration, la déglutition devenaient de plus en plus pénibles, le passage de l'air se rétrécissait chaque jour. Ce fut alors, docteur, au début de 1925 que nous vîmes vous trouver avec le D^r Legueu. Vous reconnûtes que la tumeur était *énucléable*, que vous pouviez, tout en ne nous cachant pas la gravité de l'opération, l'enlever. Et le 24 février 1925 c'était chose faite avec le plus grand succès. Dix jours après l'opération le malade rentrait chez lui ; la plaie était cicatrisée. Il n'y avait eu après l'opération ni vomissements, ni fièvre. Le malade reprenait immédiatement son appétit, l'aisance de la respiration et de la déglutition, et aujourd'hui 2 août il se trouve parfaitement bien et plein d'ardeur pour le travail, comme si vous aviez, Docteur, effacé dix ans de sa vie..... ».

Je retrouve en examinant M. B.... tous les signes subjectifs et objectifs que j'avais trouvés, quelques semaines auparavant, sur M. P... Cependant les deux cas diffèrent l'un de l'autre par quelques caractères.

Les troubles respiratoires et digestifs (déglutition)

quoique très marqués, sont moins avancés. Mais le malade est très fatigué. Il souffre peu mais ne dort que très mal. Il n'a pas d'appétit ; il vomit de temps à autre. Il vit depuis quelque mois dans l'angoisse de la suffocation.

Objectivement, la tumeur est plus volumineuse. Elle forme, dans la partie postéro-latérale du cou une énorme masse qui remonte jusqu'à l'apex mastoïdien et descend jusqu'au dessous de l'angle mandibulaire. Elle ne soulève pas seulement le sterno-mastoïdien ; elle déborde encore de lui en avant et en arrière, en arrière surtout.

Elle paraît formée de deux portions en continuité l'une avec l'autre : une portion superficielle, moins volumineuse, arrondie avec des bosselures ayant, dans l'ensemble, la consistance d'un lipome ferme ; une portion profonde, plus dure, plus dense, approximativement sphérique et à surface unie.

Toute la masse d'une manière générale paraît enclavée dans la profondeur du cou et influencée par la contraction du sterno-mastoïdien qui l'immobilise ; mais la portion superficielle jouit d'une évidente quoique restreinte mobilité sur la partie profonde. Aucun point ne paraît ramolli ; nulle part il n'y a de fluctuation. Les téguments sont intacts et libres ; on voit sur eux seulement la trace de l'incision qui a servi à pratiquer le prélèvement.

La tumeur bombe très fortement dans l'oro-pharynx qu'elle remplit en grande partie. Elle ne bombe pas dans la partie basse de cet oro-pharynx, mais par contre

remonte haut dans le cavum. Elle refoule légèrement l'amygdale, abaisse considérablement la moitié correspondante du voile et semble même s'infiltrer dans le tiers externe du clivage de celle-ci. Mais la paroi pharyngée jouit vis-à-vis de la tumeur, d'une mobilité parfaite ; on la fait glisser sur elle. La muqueuse ne présente d'ailleurs aucune modification vasculaire.

Sur un point on voit manifestement se produire des gros battements artériels ; le doigt perçoit en effet nettement sous la paroi pharyngée la carotide interne qui monte entre elle et la tumeur, battant vers la partie postérieure de la masse.

Le palper bimanuel permet de constater la continuité entre la portion superficielle, à évolution cervicale, de la tumeur et sa portion profonde, à évolution pharyngée. Les mouvements qu'on imprime à la première se transmettent à la seconde.

De même que dans le cas de M. P... il n'y a ni paralysie récurrentielle, ni déviation de la langue, ni signes pupillaires. Il n'y a, non plus, aucun signe de compression veineuse.

Le diagnostic de tumeur sous-pharyngée probablement congénitale est porté. La mobilité de cette tumeur sur la paroi du pharynx, malgré les réserves que comportent la possibilité d'une pareille [exérèse et le fait qu'on l'a jusqu'à ce jour considérée comme non faisable, me fait conclure à la nécessité de tenter une intervention radicale avec, au besoin, grugeage ou abattement du mur angulo-mandibulaire. Le P^r Legueu se range à mon avis.

Opération. — Je pratique ma longue incision ansiforme et je relève le lambeau qu'elle circonscrit. Je sectionne, au dessous de la saillie tumorale, le sterno-mastoïdien par le travers et je mets ainsi à nu la surface extérieure de la tumeur. Je cherche sous et en avant d'elle le paquet vasculo-nerveux que je ne trouve pas. Je me décide alors à la mobiliser par derrière et par dessous en prenant les plus grandes précautions. J'arrive ainsi après incision de plusieurs plans conjonctifs et après avoir essayé plusieurs plans de clivage, à libérer toute la masse superficielle et postérieure de la tumeur qui se présente sous l'aspect d'un lipome, comme parsemé de masse indurées et que j'énuclée par la « dissection au tampon ».

Cette manœuvre me permet d'aborder la masse profonde et de m'engager sous celle-ci, gagnant peu à peu, d'arrière en avant, à la recherche du paquet vasculaire, que je découvre et qui se laisse isoler sans difficulté, veine comprise.

Cherchant alors le plan de clivage le plus proche, en incisant successivement deux ou trois plans conjonctifs, je continue à isoler la tumeur au tampon aussi haut que possible ; mais arrivé à une certaine distance derrière la mâchoire, et sous la région parotidienne, je ne puis plus continuer la manœuvre. Je termine alors l'énucléation au doigt et à la spatule, ayant toujours mes vaisseaux dans la profondeur, attentivement repérés au fur et à mesure que je gagne du terrain.

La libération se fait, au total, assez rapidement et se termine sans autre incident qu'un suintement sanguin

assez important survenu tout à fait dans le haut du champ de décollement, à la fin de celui-ci. Une pince hémostatique tarit instantanément l'hémorragie, provenant sans doute d'une veine péripharyngée.

Au cours de l'opération une pause respiratoire de quelque secondes, sans suite.

Quelques ligatures vasculaires. La pince est enlevée ; il ne s'écoule pas de sang. Drainage capillaire pendant 48 heures, suture complète.

Le patient quitte la maison de santé, sans pansement, le 10^e jour.

Il est revu deux mois après dans un excellent état (voir sa lettre). Le pharynx et le voile du palais sont devenus tout à fait symétriques. Les dernières nouvelles reçues de lui sont excellentes.

CONCLUSIONS

Les T. P. sont rares et il n'est pas surprenant que bon nombre d'opérateurs peu familiarisés avec la chirurgie de ces néorformations hésitent à intervenir.

Or, ces tumeurs, sans doute longtemps bien tolérées, peuvent acquérir un développement considérable et déterminer des troubles respiratoires, phonatoires ou de la déglutition qui exigent un acte chirurgical.

Ces tumeurs, capables de remonter jusqu'à la base du crâne, sont toujours appliquées contre le pharynx qu'elles dépriment plus ou moins.

Malgré leur situation profonde, elles ne doivent pas être attaquées par les voies naturelles, là où elles font saillie, mais par la voie externe.

Les procédés respectant l'intégrité de la muqueuse pharyngée offrent de sérieux avantages :

Ils mettent à l'abri de l'infection toujours grave et quasi fatale après une plaie du conduit digestif.

Ils évitent l'invasion des voies aériennes par le sang et partant les complications broncho-pulmonaires.

De plus la voie externe facilite l'hémostase, la libération de la tumeur, le drainage et l'alimentation après l'opération.

Secondé par une anesthésie continue et à distance l'opérateur s'ouvre un chemin à travers une incision ansiforme. Il supprime successivement les obstacles qui surgissent qu'ils soient vasculaires, osseux ou musculaires.

La ligature des branches de la carotide externe, la section du sterno-mastoïdien ou la résection de l'angle du maxillaire permettent de libérer la tumeur qui s'énuclee toujours par la dissection proche au tampon.

La reconstitution des plans anatomiques est suivie d'une réunion par première intention.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
PIERRE SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERR. — *Arch. f. Klin. chir.*, 1862, Bd. XII.
- BIDDER. — *Deut. Zeit. f. chir.*, Bd. V.
- BICKERSTETH. — *Lancet*, 1871.
- BRAUN. — *Beitr. z. operat. chir.*, 1878.
- BRUNNER. — *Beitr. z. Klin. chir.*, 1902, Bd. 36.
- BUSCH. — *Annal des Charité Krankenh.*, Berlin 1857.
- BUSCH. — *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1877.
- CABOT. — *Arch. f. laryng.*, I.
- CALICETI. — Su u raro casu di cisti retrofaringea
(*Arch. ital. di laryngol.*, Napoli 1919).
- CASPARY. — *Deut Klin.*, 1861.
- FABIAN. — *Beitr. z. Klin. chir.*, septembre 1911.
- FIORI. — *Policlinico Roma*, 1909, sez. chir.
- HARTLEY. — *Medic. Times and Gazette*, 1863.
- HAASLACHER. — *Inaug. Diss.*, Berlin 1883.
- HAJEK. — *Retropharyngeales Tumor*, *Wiener med. Wochenschr.*, 1920.
- HEINATZ. — *Russ. Arch. f. chir.*, 1905.
- HEINATZ. — *Centralbl. f. chir.*, 1908.
- HELLENDAL. — *Beitr. z. Klin. chir.*, Bd. XXXVI,
1903.

HEYMANN. — Über ein retrophar, tüberkülöses Lymphom (*Berlin Klin. Wehschr*, 27 octobre 1913).

HIRSCHERBERG. — *Arch. f. Klin. chir.*, Bd. 47.

HOLT. — *Trans of. Pathol. Soc. London* V.

KNIG. — *Lancet*, 1871.

KNIGHT. — *Virchow Hirsch Jahresbericht*, 1879.

KRANZFELD. — *Roussky chirourguitschewsky*.

LAUGENBECK. — *Berliner Klin. Weh.*, 1870, H. 2.

LEEGAARD. — Aus Hypophysen gewebe bestehender retro-pharyngeal tumor (*Arch. f. laryngol. u. rhinologie*, Berlin 1918 (297-304)).

LENOBLE et AUBINEAU. — *Gazette Médicale*, Nantes, 1908.

LITTHAUER. — *Berliner Klin. Woch*, 1907.

MARSCHICK. — Retropharyngeales Lipom bei Madelung'schen Fetthals (*Wien Klin Wochenschr*, 1920).

MOURET et SEIGNEURIN. — *Montpellier médical*, 1^{er} août 1918.

ORLOW. — *Revue de chir.*, 1903.

PETERS. — *The medic. Record-New-York*, 1880, vol. 18.

PUSSACQ-LARUBAN. — *Thèse de Bordeaux*, 1894.

RITTER. — *Virchow Hirsch Jahresbericht*, 1879.

SAVARIAUD et BALDENWECK. — *Bulletin et mémoires Soc. Nat. de chir.*, Paris 1924.

SCHEFF. — *Allgem. Wiener mediz. Zeit.*, 1881.

SCHINTZLER. — *Wien. Klin.*, 1877.

SEMATSKY. — *Virchow-Hirsch. Jaresb*, 1894, II.

SKLIFAZONSKI. — *Central. f. laryng.*, 1892-93.

SYME. — *Lancet*, 1856, I.

TAYLOR. — *Trans. of pathol. soc. of London*, 1871.

TRUFFERT. — Les suppurations peripharyngiennes (*Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales*, n° 15).

VELPEAU. — *Nouveaux éléments de méd.*, op. 1841, t. 2.

WATSON. — Cit Brunner (*Lancet* 1869).

WEIL. — *Zeitsch Heilkunde*, Prague 1881.

WEINLECHNER. — *Monats f. ohrenheilk*, 1883.

WÖLFLE. — *Wien. Klin. Woch*, 1891.

WUNSCH. — *Inaug. Diss.*, Leipsig, 1864.

1925. — SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE A. CLERC.

